LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique dermatologique. : De la gale. (Hôpital Saint-Louis. M. le professeur Fournier). — **Bibliographie** : Maladie de la peau dite maladie de Paget, par M. le Dr Wickham. — Leçons sur les maladies du larynx, par M. le Dr L. J. Moure. — Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, directeur, M. le Dr J. Rochard. Des boissons, par M. Alfred Riche. — **Revue de la presse** : Recherches spirométriques dans les affections nasales, par M. le Dr Joal (du Mont-Dore). — Un cas de grossesse nerveuse, par M. L. Cortella. — Trépanation du crâne pour épilepsie traumatique, guérison, par M. R. Pedrazzi. — **Académie de médecine** : Séance du 8 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Du débridement circulaire du globe oculaire dans l'ophthalmie sympathique. — Sur les cysticerques du tænia saginata ou inermis, dans les muscles du veau et du bœuf. — Obsèques de M. Goubaux. — Élection. — Traitement des suppurations péri-utérines. — Des accidents de la chloroformisation. — **Société de chirurgie** : Séance du 9 juillet 1890.—Présidence de M. Nicaise.—De l'incision par le vagin des abcès de la trompe et de l'ovaire. — **Société médicale des hôpitaux** : Séance du 4 juillet 1890. — Présidence de M. Dumontpallier. — La fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. — Bégaiement hystérique chez un dégénéré héréditaire. — Exostoses ostéogéniques multiples. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : Compte rendu des travaux de la Société médicale du VIIe arrondissement depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre, par M. Tolédano. — **Memento pratique** : Préparation et usages de l'aristol. — **Variétés** : Les cadavres des suppliciés. — **Nouvelles.** — **Bulletin bibliographique.**

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hopital St-Louis. — M. le Professeur Fournier.

De la gale. (1)

Messieurs,

Je vous ai exposé les caractères de l'acare de la gale, ses habitudes, ses mœurs, l'aspect du sillon qu'il creuse dans la peau. Je n'y reviens pas.

En définitive, nous trouvons comme lésions de la gale trois affections cutanées :

La miliaire acarienne.

L'eczéma scabieux.

L'echthyma de la gale.

Mais les éruptions scabieuses s'accompagnent presque toujours de quelques éléments étrangers ou de quelques complications.

Les éléments étrangers sont :

1° Des lésions mécaniques de grattage, sous forme de suffusions rouges;

2° Des traînées rouges produites par la lacération des ongles (traînées en rails de chemin de fer).

3° De véritables excoriations linéaires distribuées également d'une façon parallèle.

Les complications sont des lésions cutanées de divers ordres :

On peut observer des dermites furonculeuses (véritables furoncles qui font leur apparition sous l'influence d'un grattage furieux). Cette inflammation de la peau peut retentir sur les lymphatiques et déterminer des traînées de lymphangite. Cette lymphangite à son tour peut donner naissance à des adénites. Ces adénites peuvent être de deux ordres :

1° Des adénites inflammatoires, qui peuvent, quoique rarement, arriver à suppuration.

2° Des adénites froides et multiples, qui se présentent sous forme de pléiades exactement semblables à une pléiade syphilitique.

Marche et évolution : La marche de la gale est rapide et progressive.

Si elle n'est pas enrayée dès le début, elle progresse rapidement, se dissémine sur tout le corps.

Il ne faut pas plus de quatre à 5 semaines pour que tout le tégument en soit recouvert.

Elle est en outre progressive comme intensité de phénomènes. Après avoir débuté par une éruption simplement sèche et papuleuse, elle donne naissance à des éruptions pustulo-furonculeuses.

Durée : La gale dure ce que la malade veut qu'elle dure. Le traitement amène la guérison en quelques heures. Si, au contraire, on ne la traite pas, elle persiste *indéfiniment*. Il n'y a aucune raison pour qu'elle prenne fin, puisqu'il y a prolifération incessante d'acares. D'ailleurs, le fait est prouvé cliniquement. Nous voyons à chaque instant des gales chroniques, datant de plusieurs mois : nous en voyons même qui datent de une et deux années. Enfin, il y encore des pays (certains cantons du Jura, de la Suisse, certaines régions de la Norvège et de la Russie), où la gale dure autant que l'existence. Le nouveau-né prend la gale de ses parents et la garde jusqu'à la mort.

Il n'y a qu'un seul élément suspensif de la gale : c'est la *maladie*. Lorsqu'un galeux est affecté d'une maladie grave (fièvre typhoïde, variole, pneumonie) les démangeaisons cessent, et les lésions de la peau disparaissent à leur tour. Mais ce n'est qu'une guérison apparente. Sitôt la maladie guérie, la gale ressuscite. On a beaucoup discuté sur ce mode de guérison apparente. L'opinion la plus rationnelle me semble être celle de Lailler. L'acare, pour vivre, a besoin d'un bon état de la chair du malade. Si notre chair, si nos sucs viennent à être troublés chimiquement, l'acare ne trouve plus là une proie qui lui convient et il dépérit. Il n'est plus dispos ni pour faire son travail de fouissage, ni pour proliférer. Aussi n'irrite-t-il plus la peau : d'où la disparition des démangeaisons et des éruptions. Lorsqu'on cherche alors l'acare dans un sillon, il est lent, engourdi, et, suivant l'expression d'un des auteurs qui ont écrit sur la question, « il fait

(1) Leçon recueillie par M. le Dr Greffier.

vraiment pitié et peine à voir ». Mais lorsque le malade revient à la santé, l'acare prospère de nouveau.

Variétés de la gale : On insistait beaucoup autrefois sur les variétés. Actuellement, cette division est rejetée. Nous ne devons plus reconnaître comme variété distincte qu'une gale qui n'est pas observée dans ce pays : *la gale norvégienne*. C'est une gale absolument spéciale, immonde, se caractérisant par des callosités de la peau, pouvant occuper les mains, les membres, le tronc. Cela ressemble à des écorces d'arbres qui s'effritent. Ces callosités ont plusieurs millimètres d'épaisseur, et ont la dureté et la résistance du cuir. A la coupe, on constate qu'elles sont constituées par des lamelles épidermiques stratifiées entre les couches desquelles se trouvent des multitudes d'acares.

On décrivait autrefois comme des variétés la gale sèche, la gale purulente, la gale cachectique, et encore des gales papuleuses, echthymateuses, etc. Ce sont là des abus de divisions.

Ce qu'il faut reconnaître, c'est qu'à côté de la gale que nous observons à l'hôpital (*gale d'hôpital*), nous pouvons rencontrer en ville l'affection sous une forme très distincte, que j'appellerai par opposition la *gale de ville* ou gale des gens du monde.

C'est qu'elle évolue bien différemment chez des malheureux qui n'ont ni temps ni argent pour se soigner, et chez les personnes qui ont l'habitude de grands soins de propreté.

Dans le monde, l'homme et surtout la femme, combattent inconsciemment la gale par les pratiques hygiéniques. La tribu acarienne progresse difficilement quand le sujet se livre à des bains, à des douches quotidiennes, s'enduit le corps d'onguents, de poudres, change fréquemment de linge et de draps. On obtient ainsi des types tempérés, mitigés, qui ne ressemblent plus à ce que nous observons dans les hôpitaux.

On peut reconnaître deux types différents :

1° L'un est rare, exceptionnel, c'est la *gale partielle* ;

2° L'autre est assez commun, c'est la *gale discrète*.

Dans le premier cas, nous assistons au début de la gale qui est encore circonscrite ; on la rencontre sur la verge, quelquefois aux mains ou aux seins. On observe ainsi parfois deux ou trois boutons sur la verge ; ce sont de petites papules prurigineuses qui peuvent être confondues avec diverses dermatoses, et, en cherchant bien, on trouve un sillon.

La gale discrète se rencontre bien plus souvent : on a alors un très petit nombre de lésions galeuses, et en outre ces lésions affectent la forme la plus bénigne. On rencontre de cinquante à soixante papules sèches sur toute l'étendue du corps, et l'affection ne s'étend pas d'avantage, alors même que le traitement n'intervient pas, résultat dû à la pratique des soins de propreté.

Pronostic : La gale n'a pas de pronostic grave pour deux raisons :

1° Le malade en guérit quand il veut. Ajoutons qu'il guérit *sans danger*, sans crainte aucune de ces métastases auxquelles on croyait autrefois ;

2° Elle reste toujours une maladie de la peau qui n'affecte pas la santé générale ; la preuve en est dans ces gens qui la gardent des années et même toute la vie sans être touchés dans leur santé.

Il faut cependant faire quelques exceptions à cette dernière proposition. Chez les individus déjà faibles, anémiés, chez les sujets nerveux, impressionnables, le prurit peut déterminer l'insomnie. Or l'insomnie prolongée agit notablement sur tout l'être : on observe la diminution de l'appétit, des digestions difficiles, de la constipation, un énervement général, et finalement la débilitation et l'anémie.

Les choses peuvent aller plus loin, du moins chez le vieillard et chez le nouveau-né. Chez un homme très âgé, M. Hardy a observé un echthyma scabieux qui a dégénéré en gangrène de la peau et amené la mort.

Chez le nouveau-né, le danger réside dans les *convulsions* qui peuvent être causées par le prurit.

Il faut encore citer les *dermatoses posthumes*. La gale invite aux maladies de la peau : chez un dartreux, elle éveille la dartre. Certains sujets sont pris de lichen, d'eczéma, constitutionnels et qui subsistent après la guérison de la gale. L'eczéma du sein chez la femme est un reliquat fréquent de la gale.

Etiologie : Le temps est loin où l'on plaçait la cause de la gale dans des modifications humorales : on ne discute plus non plus la question de savoir si l'acare est cause ou effet de la gale.

Aujourd'hui nous pouvons donner comme démontrées les propositions suivantes :

1° La gale a une cause unique, l'acare ;

2° Elle a un mode unique de propagation : la contagion.

3° Dans les produits de la gale, il n'y a que l'acare qui puisse transmettre la maladie. On a sans succès inoculé les vésicules, les pustules, les croutelles.

4° Il n'y a pas de disposition individuelle à contracter la gale, non plus que d'immunité contre elle. Tout le monde est égal devant la gale. Elle sévit sur les deux sexes, sur tous les âges, sur toutes les classes de la société, sur toutes les races humaines.

La contagion s'exerce par tous les procédés imaginables : il suffit de la transmission d'un acare *fécondé* pour transmettre la gale. Elle peut d'ailleurs être soit *directe*, soit *médiate*. Dans le premier cas, elle s'exerce d'un galeux à un sujet sain ; dans le second par l'intermédiaire d'un objet inanimé : un drap de lit, un vêtement. La contagion directe est infiniment la plus fréquente, mais la contagion médiate est certaine (draps, gants d'escrime, vêtements d'un galeux, outils ayant servi à un galeux).

Néanmoins cette contagion de la gale n'est pas aussi fréquente qu'on pourrait le croire. Il semble en somme qu'elle exige un contact *plus ou moins prolongé*. Un contact bref ne suffit pas d'ordinaire. La

meilleure preuve, c'est que dans cet hôpital, où nous touchons chaque jour un grand nombre de galeux, nous ne contractons pas la gale. C'est au moins une chose absolument exceptionnelle.

La grande cause de contagion, cela est maintenant hors de doute, c'est la *cohabitation*, le coucher en commun. Ici, tout est réuni, durée de la nuit, contact plus ou moins intime; aussi la contagion est-elle à peu près fatale.

C'est ce que nous voyons dans cet hôpital : quand le mari a la gale, la femme a la gale. Les enfants qui parfois couchent avec les parents ont la gale. Un enfant galeux et qui couche avec ses frères et sœurs leur transmet la gale : c'est ce que nous appelons ici la *gale de famille*.

Cette étiologie explique d'elle-même certains corollaires : ainsi, on a remarqué que la gale est plus fréquente dans la jeunesse : c'est que c'est l'âge des fréquentations risquées, des compagnes de lit multiples et variées.

Elle est plus commune chez l'homme : c'est que la femme vit plus isolée, couche plus souvent seule, prend plus de soins de propreté. Vous voyez souvent, par raison d'économie, deux ouvriers coucher ensemble, bien rarement deux ouvrières.

La gale est infiniment plus fréquente dans la classe pauvre : le fait s'explique par la promiscuité où vivent les malheureux, la pénurie de linge, la malpropreté.

Je veux encore vous dire un mot au sujet de la gale des animaux, sujet encore assez mal connu.

Certaines gales animales sont transmissibles à l'homme tandis que d'autres ne le sont pas.

Les gales transmissibles à l'homme seraient celles du cheval, du loup et du mouton. La gale du cheval est transmissible au cavalier, mais elle est infiniment plus transmissible aux autres chevaux.

D'autres gales animales ne sont pas transmissibles à l'homme, ou du moins, elles avortent chez lui. Il en est ainsi de la gale du chat. Elle produit chez l'homme une éruption, mais celle-ci disparaît sans traitement au bout de quinze jours à trois semaines.

La pathogénie est maintenant facile à déduire :

1° La gale est toujours partielle au début;

2° Elle débute toujours là où s'est portée la contagion;

3° Après avoir été partielle, elle s'étend, se disséminе, se généralise.

Tous ces faits ressortent naturellement de l'étiologie.

BIBLIOGRAPHIE

Maladie de la peau dite maladie de Paget, par le Dr L. Wickham, ancien interne des hôpitaux de Paris. Vol. in-8°, 186 pages avec 4 planches hors texte. Paris, G. Masson, 1890.

Le travail si bien fait du Dr Wickham est divisé en trois parties : dans la 1re partie il fait l'étude clinique de la maladie de Paget, dans la 2e il en fait l'étude anatomo-pathologique, enfin dans la 3e il expose la pathogénie de cette singulière affection. Un chapitre important sur le traitement termine cette étude consciencieusement faite.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la première partie du premier chapitre, où il fait un historique complet de la question; rappelons que le premier cas de cette maladie a fait le sujet d'un mémoire publié en 1874, par Sir James Paget, dans les St Bartholomew's Hospital reports.

A cet historique où sont résumées les observations recueillies par l'auteur succède l'exposé de six cas nouveaux inédits.

Nous nous arrêterons un peu plus longtemps au chapitre clinique. On ne peut encore rien dire sur la fréquence de cette affection, car certainement bien des cas passent inaperçus; comme nous le verrons au diagnostic, on peut, en effet, confondre la maladie de Paget avec un eczéma ou un cancer ulcéré.

L'affection paraît prédominer entre 50 et 60 ans, mais là encore rien de précis, car le début en est fort insidieux. Elle semble plus particulièrement propre au sexe féminin; mais elle a été observée chez l'homme, une fois au sein, une autre fois au scrotum.

La lésion paraît être le plus souvent unilatérale et avoir une prédilection marqué pour le côté droit, mais si l'on examine le mamelon du côté opposé, on y trouve souvent des concrétions cornées qui seraient un signe de début.

La cause réelle de cette affection est maintenant bien connue, depuis les remarquables travaux de Darier qui a découvert dans cette lésion la présence de parasites spéciaux, de psorospermies.

Au début de la maladie de Paget il se forme au sommet du mamelon, tantôt une croûte en placard recouvrant toute l'extrémité, tantôt des concrétions interpapillaires qui sont arrachées avec peine et qui, aussitôt enlevées, tendent à se reproduire. L'épiderme conserve longtemps son apparence normale sans présenter d'érythème, ou bien c'est de bonne heure que survient une rougeur légère avec excoriation. Celle-ci se cicatrise et se reproduit sans cesse, saigne quelquefois et se recouvre d'une croûte plus ou moins épaisse.

Arrivée à ce point, la lésion présente l'aspect d'une plaque de dimension variable, rouge, excoriée, suintante, recouverte de croûtes; il s'y joint souvent une ulcération centrale fongueuse. Le contour de cette plaque est bien net, fréquemment il est surélevé, d'une coloration rouge vif, accentuée encore par de fines arborisations vasculaires. En dehors la peau est absolument saine.

Cette plaque présente une forme ovalaire, occupant au sein la partie médiane; le mamelon situé au centre est souvent rétracté. Limitée quelquefois au mamelon

et à l'aréole, la lésion peut recouvrir une surface de 0,06 à 0,08 de longueur sur 0,05 à 0,06 de largeur ; dans un cas, au bout de vingt années, elle finit par recouvrir tout le sein et la région axillaire. A un examen minutieux on distingue çà et là sur cette plaque rouge, suintante, mamelonnée, des point lisses, roses et secs, en voie de réparation et déjà recouverts de couches épidermiques (points épidermisés de Darier). Si on saisit une partie de la plaque entre les doigts, on sent une induration superficielle légère. A ce degré les ganglions ne sont jamais engorgés.

Les signes subjectifs sont une douleur quelquefois vive, résultant du contact de l'air, des vêtements ; il y a du prurit, parfois des névralgies intercostales rebelles.

Mais ce qu'il y a de particulier dans la maladie de Paget, c'est la formation, à un moment donné, d'une néoplasie cancéreuse, dans la très grande majorité des cas.

Cette terminaison n'est pourtant pas fatale; en effet, dans un cas, malgré les vingt années d'évolution et les 70 ans du sujet, il n'était apparu aucune trace de néoformation. Il est difficile de préciser l'époque d'apparition du cancer, mais la moyenne a été de 2 à 7 ans après le début de la maladie.

Le cancer peut être superficiel ou profond. Superficiel, il se révèle par une ulcération plus profonde située au centre de la plaque, à bord irrégulier, taillé à pic, présentant une certaine dureté; l'induration sous-jacente est ici plus profonde. Lorsque le cancer est profond, il se révèle par la présence d'un noyau dur siégeant soit à quelques centimètres de la surface de la plaque, soit dans la partie la plus profonde de la glande.

Une fois installée, la maladie ne rétrocède pas ; quelquefois il se produit en dehors de la lésion et en pleine peau saine des points d'auto-inoculation.

Il est difficile d'établir la durée de la maladie, elle dépend de l'apparition du cancer.

Le pronostic est sérieux, car toute maladie de Paget indique la possibilité d'un cancer ultérieur.

Au point de vue du diagnostic, c'est l'eczéma du sein qui peut offrir le plus de ressemblance avec la maladie de Paget; dans l'eczéma la surface est plus croûteuse et crevassée, non granuleuse, d'un rouge moins foncé, il y a souvent des vésicules à la périphérie. En cas d'hésitation, la constatation des parasites découverts par Darier lèvera tous les doutes; voici le procédé recommandé par ce dernier : après avoir débarrassé la surface malade des croûtes et du liquide qui la recouvrent, on enlève avec des pinces les squames les plus fines ou mieux on racle un point de la surface excoriée, puis on dissocie ; on examine directement dans une goutte d'eau.

On peut encore confondre la maladie de Paget avec le psoriasis, le lupus érythémateux simple ou compliqué de cancer, avec l'épithélioma superficiel (rodens ulcus des Anglais).

Nous passerons le chapitre premier de la deuxième partie consacré à l'historique de la maladie de Paget au point de vue anatomo-pathologique et à l'exposé des observations histologiques inédites, mais nous dirons quelques mots de la description histologique si bien présentée par l'auteur. L'aspect est différent suivant qu'on examine une zone excoriée ou une zone exulcérée. Sur la première les coupes montrent un épaississement de l'épiderme qui contribue à former le léger bourrelet périphérique qu'on retrouve sur le vivant.

Si l'on examine le corps muqueux, on est frappé de la disposition irrégulière des cellules ; sur les préparations au carmin, on observe de petites masses de formes variables tranchant par leur coloration rouge sur les cellules voisines et un grand nombre de points clairs qui donnent au corps muqueux un aspect criblé. Ces masses sont des parasites à leurs divers stades de développement, des *psorospermies* et c'est la rétraction centrale du protoplasme parasitaire laissant des espaces au-dessous de la paroi kystique qui produit l'aspect criblé.

Outre son épaisseur anormale, le corps muqueux offre un certain allongement des espaces inter-papillaires; la couche cornée est feuilletée, desquamée et contient des psorospermies. Quant au derme, il est enflammé et épaissi; les papilles présentent des capillaires dilatés et de nombreuses cellules embryonnaires qui abondent dans la partie supérieure du chorion. Enfin les conduits glandulaires et les acini des glandes sébacées et sudoripares sont plus ou moins dilatées et enflammées. A la période d'exulcération l'épiderme est dépourvu de couche cornée et de stratum granulosum, mais les couches profondes sont le siège d'une prolifération active; on y voit des cellules polymorphes de dimensions moyennes contenant un gros noyau, qui, sur quelques points, offrent par leur groupement des apparences de transformation épithéliomateuse. Les conduits glandulaires et les glandes elles-mêmes sont bondées de cellules en prolifération au milieu desquelles se trouvent des psorospermies.

Lorsque la maladie de Paget passe au 3e degré, le cancer peut débuter dans l'épiderme ou dans les glandes ou dans les conduits ; il présente l'aspect microscopique de l'épithélioma. Mais ce qu'il y a de particulier, c'est qu'au milieu des cellules proliférées, les parasites existent en grand nombre; par places même, ceux-ci semblent être très nettement le centre de formation des globes épidermiques.

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans le chapitre où il fait la description détaillée des psorospermies : sachons seulement qu'elles sont entourées d'une membrane quelquefois épaisse et brillante ; qu'elles ont un volume plus grand que celui des cellules voisines normales, une forme arrondie ou ovale ; qu'elles sont intracellulaires, la cellule contenante présentant son noyau refoulé par la masse parasitaire. Ces parasites doivent être rangés dans le groupe des psorospermies oviformes ou coccidies de la classe des sporozoaires.

Dans la troisième partie, après avoir fait l'historique de la pathogénie de la maladie de Pajet, l'auteur en expose la vraie pathogénie, celle qui repose sur la découverte des parasites : ceux-ci sembleraient produire une perturbation dans les cellules au milieu desquelles ils vivent, perturbation qui pourra déterminer à la longue l'apparition d'un cancer. A ce chapitre font suite des considérations très intéressantes sur l'hypothèse de la théorie parasitaire du cancer, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici.

Enfin l'auteur termine son travail par le traitement qui a changé du tout au tout à la suite de la découverte de Darier. Avant celui-ci on traitait la maladie de Paget par les émollients, le raclage et même l'extirpation du sein. Aujourd'hui c'est la médication anti-parasitaire qui est indiquée : tant que la lésion reste superficielle, sans être accompagnée d'épithélioma, on pourra se servir du chlorure de zinc au 1/3 suivi de l'application d'emplâtre de Vigo, alternant avec une pommade à l'iodoforme au 1/10 : ce traitement demande beaucoup de persévérance. Lorsqu'il se sera formé un néoplasme, il faudra l'enlever largement au bistouri.

Dr Barbe.

Leçons sur les maladies du larynx, par le Dr L. J. Moure, recueillies et rédigées par le Dr Natier, Oct. Doin, édit., Paris, 1890.

Ce livre est le résultat des travaux et des études du Dr Moure, dont la notoriété n'est plus à défendre dans toutes les questions de laryngologie. Il comprend toutes les leçons qui ont été professées par le savant spécialiste, et montre comment son auteur a pu, dans son enseignement, passer en revue tous les sujets dont se compose la laryngologie. C'est un véritable traité, qui, nous en sommes convaincu, deviendra bientôt un traité classique. Ce ne sont pas seulement des cliniques sur des sujets différents et destinés à n'intéresser que ceux qui sont déjà initiés à la pratique des maladies du larynx, on y trouve des notions élémentaires, des conseils pratiques qui peuvent mettre à même les médecins généraux de demander au miroir laryngoscopique les éléments d'un diagnostic ou les indications d'une intervention.

C'est en effet, le défaut, devons-nous dire, le but de certains spécialistes de présenter leur champ d'études comme un lieu accessible à eux seuls; tout ce qu'ils disent, eux seuls semblent pouvoir le dire, tout ce qu'ils croient, eux seuls paraissent capables de le croire.

Personne... hors eux et leurs amis, ne sont admis à ces études mystérieuses et inaccessibles à de communes intelligences. M. Moure avec juste raison, avec un esprit éclairé et vulgarisateur, a su dans ses premières leçons mettre ès mains d'autrui le miroir. Il a su montrer comment chacun pourrait en suivant ses conseils s'en servir avec profit et dans les chapitres suivants il n'avait plus qu'à décrire ce que ce miroir révélait à ceux qui le consultaient.

C'est ainsi que nous trouvons décrites les différentes laryngites, catarrhale, aiguë, striduleuse, œdémateuse, etc.

Nous signalerons en particulier la leçon sur les abcès du larynx, puis celle sur la laryngite chronique.

La tuberculose laryngée forme le sujet d'une étude intéressante, dans laquelle l'auteur s'est mis complètement au courant des idées modernes et a montré comment dans le larynx la tuberculose, au point de vue de la pathologie générale, suivrait la même marche et se conduirait, si l'on peut ainsi dire, comme dans les autres régions. Il a, avec juste raison, acceptant les idées nouvelles sur la scrofule, considéré le lupus du larynx comme une forme de tuberculose à bacilles rares.

Cette première partie de l'ouvrage, que l'on pourrait presque appeler la partie générale, en opposition avec la partie seconde que l'on nommerait alors partie spéciale, se termine par l'étude de la syphilis laryngée. Accidents primitifs, chancre de l'épiglotte, accidents secondaires et tertiaires sont retrouvés comme dans toute étude de syphilis, mais présentés avec les caractères spéciaux qu'ils revêtent au niveau du larynx.

La seconde partie a trait aux troubles de la sensibilité et de la motilité. Hyperesthésie, névralgies, paresthésie, puis paralysie des muscles du larynx, associées, combinées, partielles, isolées; nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette étude fouillée et intéressante de la motilité fonctionnelle du larynx. Signalons la division des spasmes du larynx basée sur l'étiologie des spasmes musculaires : spasmes fonctionnels, par irritation directe, d'origine périphérique, d'origine centrale, réflexe et liés à une affection générale. Cette classification originale et personnelle à l'auteur facilite singulièrement l'étude de ces lésions et les chapitres qui suivent en sont une excellente preuve.

Enfin dans la troisième partie, partie chirurgicale, sont traitées les tumeurs du larynx, dont les polypes et le cancer du larynx avec tous les développements que comporte cette question encore à l'étude, surtout au point de vue thérapeutique.

Plus loin, nous trouvons les leçons intitulées : des plaies du larynx, les fractures du larynx, les corps étrangers du larynx et les voies aériennes. Enfin le livre se termine par la description des localisations laryngées, des fièvres éruptives : rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, érysipèle, grippe.

Nous ne pouvons que répéter ce que nous avions dit au début, encore sous l'impression de cette lecture intéressante, le titre de leçons sur les maladies du larynx est trop modeste, et le livre est un véritable traité pratique des maladies du larynx.

Il sera avant longtemps dans toutes les mains et M. Moure aura ainsi permis à tous ceux qui n'ont pu suivre ses leçons dans son amphithéâtre de profiter de son enseignement par son livre attachant.

F. Verchère.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. — Directeur : Jules ROCHARD. *Des boissons*, par M. Alfred RICHE.

Ce chapitre occupe dans l'Encyclopédie d'hygiène la place qui lui revient en importance. Dans le chapitre précédent on y étudie l'eau potable, la véritable boisson en ce qu'elle restitue à l'organisme l'eau qui lui est enlevée par les sécrétions ou l'évaporation. Mais l'eau renferme aussi des éléments étrangers qui exercent une action considérable sur nos organes et appareils, et comme ces boissons sont en fin de compte d'un usage aussi impérieux et presque aussi général que l'eau simple, on conçoit que l'hygiéniste doive apporter tous ses soins à les étudier.

Ces boissons se divisent naturellement en deux sortes selon qu'elles renferment de l'alcool ou qu'elles n'en renferment pas. Parmi les premières on distingue les boissons fermentées proprement dites dans lesquelles l'alcool reste associé aux substances autres que les sucres qui étaient dans le liquide soumis à la fermentation, comme le vin, le cidre, la bière; puis les boissons recueillies par distillation qui sont des liqueurs renfermant une dose variable mais toujours considérable d'alcool. Les boissons non alcooliques comprennent surtout le café et le thé.

M. Riche commence cette étude des boissons par celle du vin. Quelques pages sur la vigne, les cépages et les maladies de la vigne peuvent servir d'introduction, d'ailleurs nécessaire, à l'étude de la fabrication du vin. Cela fait, l'auteur nous expose la fabrication, la composition très complexe, enfin les maladies des vins et les remèdes qu'on y apporte. L'essai des vins est ensuite étudié; il porte sur le dosage de l'alcool, le dosage de ses extraits et des autres matières, le dosage de l'acidité, la recherche des matières colorantes, de la saccharine, de l'eau ajoutée, du vinage. Le même plan d'étude est adopté pour le cidre et la bière.

L'étude hygiénique des alcools n'est pas moins intéressante, par suite du progrès ou, si l'on préfère, de l'immixtion de l'industrie dans leur préparation. La période contemporaine de l'histoire des alcools a presque confondu les alcools destinés à la consommation avec ceux qui n'auraient jamais dû sortir de l'industrie. Celle-ci s'est d'ailleurs faite complice des ravages du phylloxéra qui a tari la véritable source de l'alcool potable. Aujourd'hui les sources des alcools, assez restreintes dans l'origine, se sont multipliées et fournissent au consommateur des produits de composition très variable dont le danger se double très souvent de l'adjonction des bouquets artificiels. MM. Magnan et Laborde nous ont entretenu de ces dangers qui sont d'autant plus menaçants que nous sommes entourés par la falsification et que l'alcoolisme fait chaque jour plus de progrès. M. Riche a donné avec raison une certaine extension à l'étude hygiénique de l'alcoolisme, à sa généralisation, à l'étude des moyens propres à combattre cette plaie sociale.

L'histoire alimentaire du thé et du café nous tire de ce sombre tableau et nous montre les ressources qu'on peut tirer des boissons préparées avec ces substances. Malheureusement la falsification s'est jetée avec d'autant plus d'avidité sur ces produits de consommation qu'ils étaient d'un usage plus répandu et d'un trafic plus lucratif. La plus commune et la plus facile consiste à donner aux cafés inférieurs et aux cafés avariés l'aspect des meilleures sortes commerciales. Au point de vue hygiénique si on a reproché au café d'exercer sur le système cardio-vasculaire une action nuisible qui n'est d'ailleurs pas très bien établie par suite de la dilution de l'infusion de cette substance, l'expérience clinique prouve du moins qu'il n'y a pas de parité à établir entre les effets désastreux de l'alcool sur les collectivités et les effets de ces boissons éminemment salubres, le thé et le café; M. Riche le démontre surabondamment.

L. JUMON.

REVUE DE LA PRESSE

Recherches spirométriques dans les affections nasales par le Dr JOAL (du Mont-Dore) *Revue de laryngologie*, mai 1890. — L'auteur a imaginé un spiromètre très simple et d'une grande précision, sans soupape, ni robinet, qui consiste en un cylindre de cuivre contenant deux vases de Mariotte superposés, et il s'en est servi dans les recherches qu'il a entreprises chez les sujets atteints d'affections nasales.

On sait depuis longtemps que par obstruction nasale chez les enfants atteints de végétations adénoïdes on observe des déformations thoraciques, de plus par le fait de polypes muqueux, de rhinite hypertrophique, de violents accès d'asthme peuvent survenir.

Le Dr Joal veut établir qu'en outre de ces accidents respiratoires, assez intenses, on constate, au moyen du spiromètre, chez les sujets atteints d'affections nasales, des modifications à peine sensibles, les individus n'éprouvent pas de dyspnée, il y a seulement une diminution de la capacité vitale, la respiration est affaiblie, elle est devenue paresseuse, insuffisante, et cela presque à l'insu des malades.

Comme conséquences pratiques de ce fait, l'auteur montre que des altérations de la voix peuvent avoir pour seule cause une insuffisance respiratoire d'origine nasale. Il a observé chez des chanteurs la faiblesse de la voix, la fatigue des muscles thoraciques, la difficulté d'émettre les notes élevées, de tenir et de filer les sons, le chevrotement, l'enrouement, les couacs, à la suite d'une affection nasale qui intervenait en diminuant la puissance respiratoire.

Un cas de grossesse nerveuse, par L. CORTELLA. (*Gazetta degli ospitali* n° 43, 28 mai 1890.) L'A. rapporte un cas assez curieux de ce phénomène d'ailleurs connu.

Il s'agissait d'une jeune femme récemment mariée et

ayant présenté auparavant des symptômes d'hystérie. Le mariage avait eu lieu en juin 1888 et en août la menstruation avait disparu, et on avait vu se manifester les nausées, les vomissements, l'inappétence. La menstruation avait reparu en septembre, pour disparaître ensuite jusqu'à la fin d'octobre. En même temps, le ventre augmentait de volume, les mamelles devenaient turgides et douloureuses. Vers le mois de janvier elle sentit quelques mouvements. Une sage-femme consultée annonça une grossesse de cinq mois, avec fœtus vivant dont elle percevait les battements cardiaques, etc. Les phénomènes durèrent ainsi jusqu'au mois de juin. On attendait l'accouchement d'un jour à l'autre, et l'on vint consulter l'auteur.

Celui-ci constate des mamelles légèrement turgides, une auréole colorée avec absence de tubercules papillaires : par la pression, issue d'un peu de liquide séreux. Abdomen uniformément augmenté de volume. Cicatrice ombilicale ni déprimée ni saillante. Pas de pigmentation de la ligne blanche, aucune vergeture.

Le ventre présente une résistance marquée dans toute son étendue, mais on ne sent en aucun point le fond de l'utérus. Son tympanique de tout l'abdomen. Par l'auscultation, on ne perçoit aucun souffle ni aucune pulsation fœtale. Le col utérin est sur la ligne médiane, long de trois centimètres environ, d'une dureté normale : l'orifice externe est fermé. Corps de l'utérus un peu rétrofléchi, non augmenté de volume ni douloureux.

Il n'y avait donc pas de grossesse et il s'agissait d'une *grossesse nerveuse. Après cet examen, tous les symptômes de grossesse disparurent.*

L'A. cherche à expliquer ces cas curieux : il pense que chez une femme hystérique et qui a un grand désir d'avoir un enfant, il peut se passer un phénomène d'*auto-suggestion* qui amènerait tous les symptômes rationnels de la grossesse. L. G.

Trépanation du crâne pour épilepsie traumatique. Guérison, par R. Pedrazzi. (*Gazetta degli ospitali*, n° 39, 14 mai 1890.) Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui, à l'âge de six mois, tomba d'une échelle avec sa mère et se frappa la tête contre une pierre. Il resta un jour entier dans un état comateux, mais il se remit complètement et grandit régulièrement jusqu'à la fin de sa quatrième année. A cet âge commencèrent les accès convulsifs. On en attribua d'abord l'existence à la présence d'helminthes. Plus tard, on remarqua un enfoncement du crâne correspondant à la région temporo-pariétale droite : on donna l'iodure de potassium à hautes doses et les convulsions disparurent, mais au bout de quelque temps, elles revinrent avec une fréquence et une durée plus grandes qu'auparavant. C'est alors qu'il entre à la Clinique chirurgicale de Modène, service du professeur Tansini.

On observe au niveau de la partie postérieure de la région temporo-pariétale droite un dépression d'une longueur de 3 centim. environ, dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Par la palpation on reconnaît un enfoncement de la table osseuse : à certains moments on sent une pulsation au fond de la dépression.

Il existe une diminution de la sensibilité tactile et de la force musculaire du bras gauche, de l'acuité visuelle de l'œil gauche, et un peu aussi de l'acuité de l'audition.

Le professeur Tansini se décide à trépaner.

On trouve des adhérences solides du péricrâne avec la dure-mère, existant à travers une fissure de l'os longue de 3 centim. et large de 3 millim. On en opère la dissection, et l'on applique une couronne de trépan d'une largeur de 2 centim. sur la partie postérieure de la fissure où l'on notait la dépression la plus sensible. La réunion par première intention fut obtenue, il n'y eut aucun phénomène de réaction locale ni générale. Au bout de six jours, le malade se levait et au bout de quinze il abandonnait la Clinique.

Examen de la pièce : *La lame vitrée est hérissée par la présence de nombreux et volumineux ostéophytes.* Au bout de deux mois, il ne s'était pas reproduit d'accès convulsifs. En même temps, la fonction visuelle de l'œil gauche s'était améliorée : la sensibilité tactile avait augmenté. L. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1890. Présidence de M. Moutard-Martin.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Barau, d'Armentières, accompagnant un travail manuscrit *sur un nouvel antiseptique obstétrical* ; 2° un travail manuscrit de M. le Dr Reignier, de Surgères, *sur la dilatation cæco-colique* ; 3° un rapport *sur l'épidémie de grippe de l'année 1889-90 dans l'arrondissement de Carpentras*, par le Dr Cavaillon.

M. Tarnier dépose de la part de MM. Laulanié et Chambrelent, de Toulouse, un mémoire manuscrit intitulé : *Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine pendant la grossesse.*

Du débridement circulaire du globe oculaire dans l'ophthalmie sympathique. — M. Galezowski pratique depuis quelques années cette méthode de traitement de l'ophthalmie sympathique et ne fait plus l'énucléation dans ces cas. Il rappelle à l'Académie les symptômes de l'ophthalmie sympathique et les théories déjà émises sur son mode de propagation. Il n'accepte ni ne repousse d'ailleurs aucune de ces théories.

L'énucléation n'est pas sans inconvénient, aussi dans les cas d'atrophie du globe, M. Galezowski incise d'abord la conjonctive et la capsule de Tenon dans les points correspondant aux muscles droits de l'œil. Attirant le droit interne avec un crochet à strabisme, il va, avec un autre crochet, saisir le nerf optique qu'il coupe et dont il réséque même une partie ; il coupe ensuite tous les tissus situés en arrière du globe, en respectant les muscles, puis suture la conjonctive près de l'angle interne et près de l'angle externe de l'œil.

Sur les Cysticerques du tænia saginata ou Inermis, dans les

muscles du veau et du bœuf. — M. A. Laboulbène. La fréquence des Tænias, appelés communément Vers solitaires, s'est considérablement accrue à Paris, depuis une vingtaine d'années, et cette fréquence porte sur le ver solitaire ou tænia à tête inerme (*Tænia saginata*), tandis que le ver à tête armée (*tænia solium*) est devenu de plus en plus rare. On doit attribuer ce fait remarquable à la diversité d'origine des deux vers : les germes ou cysticerques du premier nous viennent de la viande du veau ou du bœuf, tandis que les grains de ladredie, ou cysticerques du second, se trouvent dans celle du porc domestiquée.

L'abondance croissante du tænia inerme provenant du bœuf s'explique par l'habitude très répandue de manger la viande saignante ou peu cuite, et aussi, par l'usage thérapeutique de la chair crue. Et cependant lorsqu'on veut constater dans la viande de boucherie les cysticerques du tænia si communément répandu, on ne les aperçoit pas.

M. Laboulbène a été préoccupé depuis longtemps d'arriver à pouvoir reconnaître par la méthode expérimentale les cysticerques du bœuf et du veau ladres, aussi bien que ceux du porc. Dans ce but, il avait donné à M. Gabriel Colin des tænias inermes pour infester à Alfort des veaux et des bœufs, au moyen de cucurbitains ou anneaux mûrs remplis d'œufs.

Les expériences avaient parfaitement réussi, mais alors, un fait inattendu s'était produit. M. G. Colin avait remis à M. Laboulbène des morceaux de viande ladre d'un animal tué le matin et des fragments pareils dans l'alcool. Le lendemain, tandis que les fragments dans l'alcool montraient les cysticerques encore plus faciles à reconnaître, les morceaux de viande fraîche n'en offraient plus trace, à tel point qu'on pouvait penser à une erreur ou à une substitution de morceaux de viande les uns aux autres.

Aucun auteur n'avait encore signalé cette disparition rapide de l'aspect des cysticerques au contact de l'air, sur la viande du veau et du bœuf. Craignant de n'avoir pas suffisamment examiné, M. Laboulbène avait attendu l'occasion nouvelle et favorable.

Une récente tentative faite avec MM. Guichard et Georges Pouchet ne laisse plus aucune prise au doute. La difficulté qu'on éprouve pour reconnaître la ladrerie bovine est réelle, à cause de la rapide disparition de l'aspect vésiculeux des cysticerques, mais, dans une prochaine communication, M. Laboulbène donnera le moyen de pouvoir toujours reconnaître sur la viande de boucherie les cysticerques, quel que soit leur aspect.

Obsèques de M. Goubaux. — M. Nocard lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Goubaux. (Applaudissements unanimes.)

Élection. — L'Académie procède à l'élection de deux associés étrangers.

Pour la première place sur 36 votants, majorité 29, M. Van Beneden est élu par 48 voix contre 6 données à M. Fayrer, 1 à M. West et un bulletin blanc.

Pour la seconde place, sur 54 sortants, majorité 28, M. West est élu par 32 suffrages, contre 21 donnés à M. Fayrer, et 1 bulletin blanc.

Traitement des suppurations péri-utérines. — M. Péan lit un travail dont voici les conclusions :

1° Les suppurations limitées à l'utérus peuvent être guéries par le traitement antiseptique de la cavité utérine, par les cautérisations, la dilatation progressive et le curettage;

2° Les suppurations légères des trompes peuvent guérir par la dilatation simple de la cavité utérine. Lorsqu'elles sont enkystées, récentes, petites et sans adhérences, la castration tubo-ovarienne abdominale est recommandable. Si la tumeur est adhérente au bord latéral correspondant de l'utérus, on peut l'atteindre en désinsérant le vagin, et en décollant le péritoine, en incisant, en drainant le foyer, et obtenir une rapide guérison par les lavages antiseptiques. Si la poche salpingienne est volumineuse, bilatérale, très adhérente aux organes voisins, ces moyens sont souvent insuffisants et il est préférable de recourir d'emblée à la castration utérine vaginale, qui ouvre une large voie au pus, permet de pratiquer des lavages antiseptiques et de guérir plus promptement, plus sûrement les malades;

3° Si la suppuration a pour siège un des ligaments larges et si la collection purulente fait une forte saillie du côté du vagin, une large incision, le drainage et les lavages suffisent. Si le phlegmon est situé en un point élevé de ces ligaments, on peut encore l'atteindre par la désinsertion du vagin et par la dissection du bord latéral de l'utérus. Si la suppuration est étendue aux deux ligaments larges et si elle a fusé dans plusieurs directions, si le pus s'est fait jour dans la vessie et le rectum, s'il s'agit, en un mot, de ces graves suppurations qui mettent la vie des malades en danger, l'hystérectomie vaginale totale d'emblée est ici indiquée et donne des résultats vraiment merveilleux;

4° Les pelvi-péritonites suppurées bien localisées doivent être incisées de bonne heure. Si la suppuration est très étendue et a envahi les autres portions des annexes, la castration utérine vaginale s'impose. Elle nous a toujours donné de très bons résultats.

5° La thérapeutique chirurgicale des suppurations de l'utérus et des annexes est donc subordonnée à l'étendue et à la gravité de ces suppurations. La castration tubo-ovarienne abdominale, qu'on a abusivement employée d'une façon indifférente dans le plus grand nombre des cas, est le plus souvent insuffisante.

La castration utérine vaginale, au contraire, ne compte jusqu'à présent que des succès.

Des accidents de la chloroformisation. — M. Verneuil. Si M. Laborde se bornait à réclamer pour l'expérimentation et la physiologie, dans cette question, la part qui lui revient réellement, on pourrait y consentir, mais il semble oublier tous les cliniciens. M. Verneuil se défend d'être opposé à la physiologie dont il a failli prendre la chaire à la Faculté à la mort de Bérard, mais il rappelle que les recherches physiologiques n'ont en rien servi à la connaissance et au traitement de la plupart des affections, syphilis, malaria, etc.

M. Verneuil rejette absolument la similitude physiologique entre l'homme et l'animal; dans les expériences qu'il a reproduites à la tribune de l'Académie, M. Laborde n'a d'ailleurs rien montré qui ne fût bien connu des chirurgiens depuis l'emploi du chloroforme. Cette expérience n'explique en rien les syncopes cardiaques et respiratoires qui peuvent se montrer à tous les moments de la chloroformisation.

M. Verneuil n'est pas le seul à déclarer que les expériences de chloroformisation faites sur les animaux ne doivent être appliquées à l'homme qu'avec la plus grande réserve. Maurice Perrin le faisait remarquer à Vulpian en 1882, et il rappelait que l'homme a des réactions nerveuses que les animaux n'ont pas. Vulpian de son côté rendait

justice aux chirurgiens et n'avait pas la prétention de leur apprendre à manier les anesthésiques.

Les expériences que les physiologistes ont faites pour montrer l'utilité qu'il y a à administrer de la morphine ou de l'atropine, ou même de la cocaïne aux animaux, avant de pratiquer la chloroformisation, n'ont pas convaincu les cliniciens. J'ai vu des accidents produits chez des malades à qui on avait fait, avant la chloroformisation, des injections de morphine ou d'atropine.

Les physiologistes nous disent encore qu'avec les « mélanges titrés », on peut pratiquer sans danger la chloroformisation. Mais la quantité de chloroforme absorbable n'est pas la même pour tous les malades ; elle varie même pendant les différentes périodes de l'anesthésie. C'est au chirurgien à régler l'absorption des vapeurs chloroformiques ; comment atteindre ce but avec des « mélanges titrés » d'avance et toujours les mêmes.

Les expériences des physiologistes permettent de prévenir le plus souvent les accidents du début, mais on est en droit de demander ce qu'elles nous enseignent pour combattre les accidents initiaux, intercurrents ou tardifs, quand ils sont survenus. Elles ne nous apprennent absolument rien.

Les chirurgiens se sont mis bien avant les expérimentateurs à la recherche des moyens de sauvetage.

M. Laborde conseille la respiration artificielle, la trachéotomie, la faradisation.

Notre pratique est plus riche ; nous avons ajouté, en effet, à ces procédés, l'inversion proposée par Nélaton, la flagellation rythmique de l'épigastre, la traction de la langue, le curage du pharynx on de la bouche encombrée de mucosités.

En résumé, quelque intéressantes que soient les données expérimentales, elles n'apportent qu'une explication insuffisante des principaux accidents de la chloroformisation chez l'homme, et en tous cas elles n'indiquent pas le moyen de les éviter.

A 4 h. 45, l'Académie se forme en Comité secret pour entendre le rapport de M. Caventou, sur les candidats au titre d'associé national. Voici la liste de classement : 1° M. Marchand (Fécamp) ; 2° M. Loir (Lyon) ; 3° *ex æquo* MM. Audouard (Nantes) ; Jacquemin (Nancy), et Schlagdenhauffen (Nancy).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1890. — *Présidence de* M. Nicaise.

De l'incision par le vagin des abcès de la trompe et de l'ovaire. — M. Terrillon a fait au début beaucoup de tentatives pour ouvrir ces collections par le vagin, mais il a eu 2 hémorrhagies et 4 ou 5 cas de fistule permanente. En 1887, après le travail de Lawson Tait, il fit une cure d'abcès par la laparotomie avec suture de la poche à la paroi et drainage. Cette opération répétée ne le satisfit pas. Dans certaines opérations il a fallu aller chercher la poche en décortiquant les intestins. Quand la chose a été possible, il ne s'est pas contenté du drainage de la poche ; mais l'a enlevée. M. Terrillon a été frappé de la facilité avec laquelle on peut quelquefois extirper la cavité. Plusieurs fois l'abcès a proéminé du côté du vagin et pourtant il ne l'a pas ouvert par cette voie quoique l'opération fût tentante, notamment chez une malade, en présence d'un élève de M. Laroyenne, où il se décida pour l'extirpation par la laparotomie et bien lui en prit car il y avait plusieurs poches purulentes qui n'auraient pas pu être atteintes par la simple ponction.

M. Terrillon est donc arrivé à cette opinion qu'il vaut mieux toujours opérer ces abcès par la voie péritonéale. En nettoyant la séreuse, en la lavant, on n'a pas à craindre les accidents.

M. Terrier pense que dans l'évolution de ces abcès, où qu'ils siègent, quand il y a une ouverture spontanée, elle se fait soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit dans la vessie et ces fistules sont permanentes. Chassaignac ouvrait la collection par le vagin et lui, son élève, a vu de nombreux accidents et des suppurations interminables. Aussi jamais n'a-t il eu l'idée d'ouvrir ces abcès par le vagin. M. Terrier pense donc comme M. Terrillon ; mais les choses sont quelquefois très compliquées ; il peut y avoir communication par exemple de la poche avec l'intestin ou la vessie, dans d'autres cas même, il n'y a pas de poche ; les parois sont formées par les anses intestinales. L'orateur cite même un exemple ou il a été obligé de gratter les anses intestinales pour détruire la membrane pyogénique, où la malade a guéri, mais où il y avait une fistule filiforme qui a persisté et il a fallu une grossesse changeant les rapports des organes pour la guérir. On peut donc, malgré la laparotomie, dans les cas où il y a fistule, voir cette fistule persister dans les cas d'ovarite suppurée, de salpingie suppurée et de pelvi-péritonite suppurée. Ce sont là des circonstances exceptionnelles, mais il faut les connaître.

M. Terrier rejette donc la ponction, insuffisante pour déterminer la guérison ; car il est pour sa part incapable de savoir si la suppuration siège dans la trompe, dans l'ovaire, dans le péritoine ou dans plusieurs de ces organes à la fois. Il connaît un fait dans lequel M. Péan a enlevé non seulement les annexes, mais encore l'utérus et malgré la gravité de cette intervention, il la préférerait à la simple ponction.

M. Desprès estime que la communication de M. Bouilly marque un temps d'arrêt dans les opérations de la laparotomie. La ponction vaginale doit être seule faite et faite seulement lorsqu'il y a adhérence complète entre la séreuse et les parois du vagin.

La laparotomie permet, il est vrai, d'atteindre des abcès situés près de la paroi ; mais depuis cinq ans qu'il cherche des abcès de ce genre, il n'en a pas rencontré de justiciable de l'ouverture par la laparotomie.

M. Pozzi rappelle qu'outre le contenu, il y a le contenant. Le pus enlevé, quand le sac reste, il contient des résidus qui font souffrir les femmes. Il faut donc enlever la poche, mais il y a des cas où il n'y a pas de poche et malheureusement il est impossible de faire le diagnostic et de savoir s'il y a poche ou, si au contraire, il sera impossible d'énucléer une paroi qui n'existe pas. Dans les incisions par le vagin, on laisse toujours les parois de l'abcès qui, dans certains cas, auraient pu être enlevées ; la laparotomie est donc préférable.

M. Le Dentu croit qu'il y a une distinction à faire entre les cas nouveaux et les cas anciens. Dans les cas aigus on peut ouvrir par le vagin, mais dans les abcès anciens, il faut faire la laparotomie.

M. Routier a cité un fait dans lequel il a ponctionné

l'abcès par le vagin à cause des 40° que présentait le malade.

M. Terrier ne comprend pas la distinction faite entre les abcès anciens et les abcès nouveaux. Il y a du pus où il n'y en a pas. Quant à l'élévation de la température, c'est au contraire une indication.

M. Bouilly a présenté ses observations comme des cas exceptionnels. Il rappelle qu'il a préconisé la voie vaginale dans les cas où l'état général est mauvais, où il y a élévation de la température depuis quelque temps. Du reste, il a obtenu des guérisons dans ce cas; mais il tient à bien faire remarquer que ce n'est pas seulement dans des circonstances toutes particulières et très rares, qu'il faut employer la voie vaginale et que, dans la grande majorité des cas, c'est par la laparotomie qu'il faut intervenir.

E. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. Dumontpallier

La fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. — M. Merklen lit au nom d'une commission composée de MM. Féréol, Gérin-Roze, Rendu, Troisier, Moizard, Juhel-Rénoy et Merklen, un rapport qu'il termine ainsi :

Sans doute cette statistique ne peut être comptée comme l'expression exacte de la vérité, car rien n'est si difficile à faire qu'une statistique médicale, cependant il semble en résulter que la méthode de Brand a donné des résultats un peu meilleurs que les traitements symptomatiques. L'écart n'est que de 3 à 4 0/0, mais il serait probablement plus grand si l'on avait baigné indistinctement toutes les formes graves et bénignes et si, de plus, les bains froids n'avaient été parfois employés qu'après plusieurs jours d'un traitement symptomatique resté inefficace. Nous sommes loin cependant des statistiques de Brand (1 0/0) et de Vogt (2,7 0/0) recueillies dans les hôpitaux militaires ou dans la clientèle civile, nos chiffres se rapprochent de ceux des hôpitaux civils de Lyon (7 à 8 0/0). Brand a dit que « toute fièvre typhoïde baignée avant le cinquième jour guérira sans complication » ; malheureusement nos malades des hôpitaux nous arrivent ordinairement beaucoup plus tard.

Le bain froid, comme l'a dit M. Péter, constitue « une suprême ressource pour un suprême danger », c'est en effet un antithermique puissant et un diurétique efficace; mais faut-il le réserver pour les cas exceptionnels, ou faut-il en faire une méthode générale de traitement? Il ne semble pas que la balnéation froide ait donné des résultats très supérieurs à ceux des traitements symptomatiques. Dans les chiffres donnés plus haut, c'est la combinaison de la quinine et des bains tièdes qui a fourni la meilleure statistique (7,33 0/0) ; M. Jaccoud, en associant les antipyrétiques, les lotions froides et les toniques en a perdu 71 en 16 ans, soit 10,83 0/0 ; M. Bouchard, avec la quinine, les bains tièdes progressivement refroidis et l'antisepsie intestinale, a une mortalité de 11, 16 0/0 sur 421 cas. Ces résultats diffèrent peu de ceux obtenus dans nos hôpitaux avec la méthode de Brand.

Cependant depuis 1882, la mortalité par la fièvre typhoïde diminue dans nos hôpitaux. Dans notre premier rapport, nous avions attribué ce succès à l'emploi plus régulier et plus général des antipyrétiques. Depuis lors, ce taux mortuaire tend à tomber de 14 à 10 0/0, cela paraît tenir à la part plus grande donnée aux pratiques hydrothérapiques. Il est permis d'espérer encore mieux et la commission croit pouvoir demander que les expériences actuelles continuent, et que des statistiques annuelles aussi complètes que possible, en fassent connaître les résultats.

Bégaiement hystérique chez un dégénéré héréditaire. — M. Ballet présente un malade atteint de bégaiement hystérique.

C'est un instituteur de province qui, pendant une fête fut assailli par une bande de jeunes gens. Dans la lutte il reçut, à la tempe gauche, un coup assez violent qui lui causa de la douleur, mais ne produisit ni fracture, ni même de commotion cérébrale bien sensible. Trois jours après, il eut une crise, que son médecin diagnostiqua épileptique, avec perte de connaissance. Il s'en remit, mais huit jours après, il fut pris d'une crise particulière caractérisée par un trouble de la parole que le médecin désigna du nom d'aphasie. Puis survinrent des phénomènes cérébraux psychiques.

Le médecin résumant ainsi l'histoire de ce malade : coup sur la tête, aphasie, crises épileptiformes, troubles cérébraux bizarres, avait conclu à une commotion cérébrale, peut-être, et se demandait s'il n'y avait pas à tenter une intervention chirurgicale.

On me l'adressa. En lisant cette histoire, et surtout après avoir vu et entendu ce malade, je n'hésitai pas à reconnaître le bégaiement hystérique.

Le traumatisme n'avait pas produit d'accidents immédiats, ce n'est que trois jours après qu'il se manifesta quelque chose. Or, pendant ces trois jours, le malade très ému, avait médité son accident, c'est toujours ainsi que cela se passe dans l'hystérie traumatique. Il eût une crise hystérique et non épileptique ; puis, huit jours après, il eut, non pas de l'aphasie, mais du bégaiement hystérique ; dans certains cas cependant, le bégaiement succède à de l'aphasie hystérique.

Il dit en effet que, lors de sa première crise, il a parlé en traînant pendant vingt minutes.

Il s'en remit, puis trois jours après, nouvelle crise de bégaiement, puis enfin, le bégaiement s'installa d'une façon permanente et il dure actuellement depuis plus d'un mois.

Cette homme n'a pas de stigmates hystériques très accusés, il n'a qu'un peu de rétrécissement du champ visuel, mais c'est un hystérique à n'en pas douter, son bégaiement est assez caractéristique à lui tout seul.

Chez tous mes malades le bégaiement, à côté de particularités individuelles variables, présente des caractères communs qui sont constants. Il est caractérisé par une parole très lente, dans laquelle les syllabes n'ont pas la même durée, les unes sont très courtes, les autres au contraire très longues, les redoublements multiples de syllabes sont assez rares. Cependant la première syllabe d'un mot est souvent répétée. Cette façon de parler me paraît typique. Ce bégaiement se modifie souvent très rapidement d'un moment à l'autre. Chez un de mes malades le bégaiement disparaisssait quand il entrait dans un bain.

Venons maintenant aux phénomènes psychiques particuliers qu'a présentés ce malade, et qui inquiétaient fort son entourage. A la suite de son coup, il s'est trouvé dans un état d'inquiétude constante, il craint la mort, il a peur de devenir fou ; quand il passe au bord du moindre cours

d'eau, il se dit avec anxiété : « Si j'allais y tomber », en voiture, il est tourmenté par la crainte qu'elle ne verse.

Je ne veux pas faire de cette folie du doute chez lui une folie hystérique ; la folie du doute est l'expression de la dégénération héréditaire. Or, cet homme est bien ce que l'on appelle en pathologie mentale un dégénéré héréditaire ; il a une sœur qui a eu la folie du doute et même la folie du suicide. Le traumatisme a donc éveillé chez lui deux choses : l'hystérie, qui s'est manifestée par les attaques et le bégaiement, et la dégénérescence héréditaire, qui s'est caractérisée par la folie du doute.

M. Féréol. Pourquoi faire un hystérique d'un homme qui n'en a pas de stigmates ? Pourquoi ne pas admettre une commotion cérébrale qui, chez un prédisposé, a provoqué les accidents en question ? on s'engage dans une voie fausse en faisant rentrer dans l'hystérie tous les phénomènes que l'on ne sait pas expliquer.

M. Ballet. Mon malade a cependant un stigmate : le rétrécissement du champ visuel. Mais, lors même qu'il n'en aurait pas, je me crois autorisé à le déclarer hystérique.

J'ai vu quatre malades chez lesquels les stigmates étaient grossiers, et qui présentaient un bégaiement très particulier. Je rencontre ce même bégaiement en tout pareil, chez un cinquième malade qui, lui, n'a pas de stigmates ; que m'importe, ce bégaiement est le bégaiement hystérique. D'ailleurs ce malade a eu une crise d'hystérie, mais je n'avais pas besoin de ce supplément de démonstration. Ce bégaiement a d'autre part été cité par MM. Charcot et Cartaz comme un phénomène accessoire de l'attaque d'aphasie hystérique. Les preuves de la nature hystérique de ce bégaiement me paraissent très suffisantes.

M. Guyot. A propos des troubles mentaux, vous nous avez dit que ce malade était un héréditaire, et vous citez comme preuve ce fait que sa sœur a eu des phénomènes analogues. Ce n'est pas de l'hérédité, cela.

M. Ballet. Je vous ferai une réponse presque analogue. Il y a certains phénomènes psychiques qui par leur physionomie particulière sont tellement caractéristiques de la dégénérescence héréditaire des aliénés, qu'on peut affirmer que les malades qui les présentent sont des dégénérés héréditaires, même sans avoir besoin d'être renseigné sur l'état mental de leurs ascendants. Les caractères de cette hérédité dégénérative sont l'agoraphobie, l'onomatomanie, la folie du doute. Dans le cas présent je n'ai pas de renseignements sur les parents de ce malade, mais puisque sa sœur présente des phénomènes névropathiques de même ordre, il me paraît difficile de croire qu'il n'y ait là une tare héréditaire.

D'ailleurs la folie héréditaire est souvent très difficile à reconnaître chez les parents d'après les renseignements fournis par leurs enfants. Ces gens en effet ne sont pas des fous véritables, ce sont des originaux, des détraqués, des toqués. Or, ce sont des nuances souvent difficiles à apprécier. Et pourtant ces bizarreries du caractère se transmettent presque fatalement par hérédité et, pour ma part, je préférerais descendre d'un paralytique général aliéné, que d'un simple original.

Exostoses ostéogéniques multiples. — M. Legroux. Il s'agit d'une petite fille qui n'a aucune tare héréditaire, syphilis, tuberculose ou névropathie. Elle n'est certainement pas rachitique.

J'ai été surpris de trouver chez elle un nombre considérable d'exostoses de croissance, plus de cinquante réparties symétriquement sur les os longs et sur quelques os plats. Ces exostoses ont des volumes variant d'un grain de millet à une petite noix.

Les saillies existent chez elle, surtout au niveau des épiphyses. Aux humérus, à la partie supérieure, une grosse saillie, alors qu'au niveau du coude il n'y a d'exostose sur aucun des os. A l'avant-bras, ce sont les extrémités inférieures du radius et du cubitus qui sont hypertrophiées.

A la main droite, l'annulaire présente des saillies qui rappellent les rugosités d'Heberden, on en trouve d'analogues sur l'indicateur et le métacarpien du pouce ; au fémur, c'est l'extrémité inférieure qui est la plus volumineuse, on en trouve une autre petite sur un métatarsien.

La crête de l'os iliaque présente une hypertrophie considérable. On voit une petite tumeur osseuse sur le côté droit d'une vertèbre lombaire. A l'omoplate le bord interne est très épaissi de plus, à la face interne de cet os, il se trouve certainement une exostose semblable ; à la clavicule on voit des saillies analogues. Sur les 7e, 8e et 9e côtes, au niveau de l'insertion de leurs cartilages, se trouvent des exostoses semblables.

Ces tumeurs sont symétriques, ce qui écarte l'idée de la syphilis osseuse, et elles ne se montrent qu'au tronc et aux membres, le crâne et la face sont absolument indemnes.

A quoi attribuer ces exostoses ? Je n'ai trouvé absolument aucune cause. Dans certaines observations, on a signalé l'hérédité, ici il n'en est pas question.

M. Cadet de Gassicourt. — Ces faits sont, en effet, très rares, et il y en a peu d'aussi marqués. J'ai vu deux exemples d'exostoses multiples, mais certainement pas aussi nombreuses que celles-ci.

M. Féréol. J'observe actuellement un jeune homme qui a une demi-douzaine d'exostoses.

Comme étiologie, je puis à peine invoquer une hérédité fâcheuse, sa mère et deux frères sont morts tuberculeux. Y a-t-il un rapport entre la tuberculose et ces exostoses, je n'en sais rien, c'est une question que s'était déjà posée Gueneau de Mussy.

M. Legroux. Quoiqu'il n'y ait certainement pas de syphilis héréditaire chez cette enfant, je lui ai donné de l'iodure de potassium, mais en qualité de résolutif, je ne sais pas s'il aura quelque action.

M. Laveran. — Les conseils de revision nous permettent de voir souvent des exostoses semblables. L'exostose qu'on rencontre le plus communément, c'est celle du condyle du fémur, ou du plateau du tibia. Quand elles sont volumineuses, on réforme le conscrit, quand elles ne sont pas trop développées, on prend l'homme, mais on le classe dans l'infanterie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIIe ARRONDISSEMENT

Compte rendu des travaux de la Société médicale du VII arrondissement depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1889.

Par M. Tolédano, secrétaire général.

Messieurs et chers Collègues,

J'ai l'honneur de vous rendre compte des travaux de la Société médicale du 7e arrondissement depuis sa fondation jusqu'à la fin de l'année 1889.

Notre Société, fondée le 21 avril 1888, comprenait au début cinquante-trois membres fondateurs. Plus tard, neuf nouveaux confrères ont demandé leur admission parmi nous. Nous arrivions ainsi au chiffre respectable de soixante-deux membres. Malheureusement deux de nos collègues, Bruneau et Binaut, ne sont plus. La mort nous les a ravis en pleine possession de leur talent et de leur jeunesse.

La Société se compose donc actuellement de soixante membres.

Nous espérons que ce nombre augmentera encore et que tous les médecins de l'arrondissement viendront partager nos travaux. C'est à vous, mes chers collègues, à faire de la propagande dans ce but.

Le bureau pour le 2e semestre 1888 était composé de MM. Ferrand, président, Guéniot et Berger, vice-président, Toledano, secrétaire général archiviste, Tisné et Bœhler secrétaires, et de Crésantignes, trésorier. Le même bureau fut maintenu pour l'année 1889.

Les premières séances de la Société ont été consacrées aux travaux préliminaires de sa fondation, à la discussion et à l'adoption des statuts. Mais dès le mois de juillet 1888, nous abordons l'étude des travaux scientifiques.

Les communications qui ont été présentées depuis cette époque jusqu'au 31 décembre 1890, sont au nombre de trente.

Je ne parle pas des communications verbales non portées à l'ordre du jour et qui ont quelquefois donné lieu à des discussions intéressantes.

Je vais énumérer par ordre chronologique les communications inscrites à l'ordre du jour :

1° De l'injection d'éther iodoformé dans les cavernes pulmonaires, par M. Ferrand ;

2° Sur un cas de trépanation pratiquée pour une fracture du crâne, par M. Berger ;

3° Abcès du poumon consécutif à une pneumonie chez un brighthique. Urémie par M. Tisné ;

4° Question de déontologie médicale par M. Tolédano ;

5° Un cas rare d'occlusion intestinale, par M. Sottas ;

6° Contribution à l'étude du lavage de la vessie à propos d'un cas de rétention d'urine prolongée par hypertrophie prostatique compliquée de fausse route, par M. Verchère.

7° Note sur un cas de cancer primitif du larynx, par M. Luc ;

9° Cas de colique hépatique grave suivi de mort, par M. Ferrand ;

10° Observation d'occlusion intestinale ; considérations sur le traitement, par M. Chaput ;

11° Considérations pratiques sur le traitement de l'orchi-épididymite, par M. Jullien ;

12° Note sur un cas d'angiocholite calculeuse, par M. Leroux ;

13° Cas d'hématurie menstruelle par M. Le Bec ;

14° Chorée hystérique — crises caractérisées par de l'hypocondrie suivie bientôt d'un besoin impérieux de marcher, de crier, de chanter — guérison par le cuivre intus et extra, par M. Moricourt ;

15° Communication de M. Lagoguey sur l'association médicale mutuelle.

16° Rapport et discussion sur cette communication ;

17° Communication sur un cas de pied bot varus osseux — ablation du scaphoïde et de l'astragale ankylosés — redressement — présentation des moulages, par M. le Bec ;

18° Note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par M. Tisné ;

19° Note sur un cas de fièvre typhoïde chez un enfant de 11 mois, par M. Leroux.

20° Compte rendu des travaux de la Commission de la langue scientifique internationale, par M. Toledano ;

21° Observation d'un cas de diphthérie causée par l'intermédiaire d'un individu indemne, par M. Veil ;

22° Fibrome télangiectode —hystérectomie sous-vaginale — mort le 9e jour par étranglement interne, par M. Le Bec;

23° Présentation d'un pinceau pour l'enlèvement de fausses membranes de la diphthérie, par M. de Crésantegnes ;

24° Note sur l'incubation de la rougeole, par M. Leroux;

25° Sur la greffe par approche, par M. Berger ;

26° Note sur les affusions dans la fièvre typhoïde, à propos d'une observation de fièvre typhoïde grave guérie par ce moyen, par M. Ferrand ;

27° Chorée aiguë grave — bons effets du traitement, par M. Sottas ;

28° Au sujet de plusieurs cas d'angine diphthéritique, traités par la méthode du Dr Gaucher, par M. de Crésantégnes ;

29° Résultat des revaccinations pratiquées dans les écoles communales du 7e arrondissement pendant l'année 1889 par M. Tolédano ;

30° Hernie double crurale et rétro-péritonéale étranglée — laparotomie — gangrène de l'intestin — mort, par M. Le Bec ;

Il serait trop long d'analyser tous ces travaux qui ont pour la plupart été suivis de discussions sérieuses et approfondies. Je mentionnerai cependant d'une manière plus particulière les communications suivantes qui ont présenté un intérêt plus grand que les autres, soit par leur originalité, soit par leur rareté, soit encore par leur actualité. Ce sont celles de M. Berger, sur la trépanation pour une fracture du crâne, de M. Sottas sur un cas d'occlusion intestinale ; de M. Verchère sur le lavage de la vessie, de M. Ferrand sur un cas de colique hépatique grave suivie de mort, de M. Chaput sur le traitement de l'occlusion intestinale, de M. Le Bec sur un cas de pied-bot varus osseux, et sur celui d'un fibrome télangiectode, traité par l'hystérectomie sus-vaginale, enfin de M. de Crésantignes sur le traitement de l'angine diphthéritique par la méthode du Dr Gaucher.

Ces communications, dont quelques-unes étaient empreintes d'un esprit scientifique élevé, présentaient toutes ce caractère pratique que nous ne devons jamais négliger.

Cet exposé bien incomplet de nos travaux vous démontre, mes chers collègues, que nos séances ont été bien remplies. Il y a lieu d'espérer que les éléments de travail ne nous feront pas défaut. Et comment en serait-il autrement ? Si nous jetons en effet un coup d'œil sur la composition de notre Société, nous remarquons, à côté de jeunes praticiens à peine sortis des hôpitaux, des maîtres éminents qui n'ont pas hésité à venir partager nos travaux. Leur présence au milieu de nous témoigne de l'esprit de confraternité qui nous anime tous. En nous donnant l'exemple du travail et de la solidarité médicale, ils nous apportent un concours précieux qui fait rehausser l'éclat brillant de notre jeune et vaillante Société.

MEMENTO PRATIQUE

Préparation et usages de l'aristol. — MM. Quinquaud et Fournioux ont communiqué à la Société de Biologie, dans la séance du 28 juin, un mode de préparation de l'aristol qui permet d'obtenir un corps de composition toujours constante. Ils procèdent ainsi : Préparer :

1° Une solution iodo iodurée ayant la composition suivante :

Iode sublimé	60 grammes.
Iodure de potassium.....	80 —
Eau distillée q. s. pour faire un volume total de.....	300 cent. cubes.

2° Une solution alcaline de tymol ainsi composée :

Tymol.....	15 grammes.
Hydrate de soude.....	15 —
Eau distillée q. s. pour faire un volume total de.....	300 cent. cubes.

(On peut remplacer l'hydrate de soude par 52 grammes de lessive de soude.)

On mélange alors peu à peu les deux solutions en agitant constamment au moyen d'une baguette de verre. Il se produit un précipité rouge que l'on peut recueillir sur un filtre et sécher par évaporation à basse température et à l'abri de la lumière. On obtient ainsi l'aristol sous forme d'une poudre rouge de composition constante.

Sa toxicité est faible, 1 gr. 50 par kilogramme de cobaye et 2 gr,50 par kilogramme de chien n'amènent pas la mort de ces animaux. On retrouve dans l'urine la moitié de l'iode théorique. Le tymol et ses éthers n'ont pu y être décelés.

L'aristol est un bon antiseptique cutané, il hâte très nettement la cicatrisation. Dans les ulcères de jambe, il produit la guérison rapidement et bien, quelle que soit la nature de l'ulcère, qu'il soit d'origine variqueuse ou d'origine eczémateuse. Dans la période de réparation des chancres, il active la cicatrisation ; au début du chancre, il est inutile. Dans l'eczéma et le psoriasis, son utilité est modérée. On a dit qu'il pouvait réaliser la cicatrisation de certains épithéliomas : c'est là une affirmation inexacte. Sous son influence, on voit en effet l'ulcération s'améliorer, se cicatriser partiellement, mais la cicatrisation ne devient jamais totale et définitive.

Le mode d'emploi de l'aristol est le même que celui de l'iodoforme. On saupoudre la surface ulcérée d'une couche de ce corps pulvérulent, puis on recouvre d'un pansement autant que possible imperméable.

VARIÉTÉS

Les cadavres des suppliciés.

A propos de l'exécution de Vodable, ce misérable qui, dans une maison de la rue Basfroi, avait violé et assassiné la petite fille de sa maîtresse, on a discuté de nouveau cette question, à savoir si les corps des suppliciés appartenaient à la Faculté de médecine ou si les condamnés eux-mêmes et leur famille avaient le droit de s'opposer à l'autopsie. Cette dernière prétention est assurément bizarre ; pour le moindre soupçon, on pratique l'autopsie d'un brave homme qui n'avait jamais fait à la société le moindre mal ; les victimes des assassins sont toujours examinées avec grand soin, même lorsque le crime ne fait doute pour personne et que l'examen anatomique ne peut apporter à la question aucun éclaircissement, et les criminels eux-mêmes auraient seuls le droit d'échapper à cette règle ? On aurait pu examiner à loisir les moindres détails du corps de Gouffé et l'on n'aurait aucun droit sur le corps de son assassin ? Ou, du moins, la société se donne la satisfaction de le couper en deux parties inégales et les condamnés ne peuvent refuser cette opération décisive, mais, quant aux investigations indiscrètes que le bistouri pourrait tenter sur leurs précieuses personnes, ils ne veulent souscrire à de pareilles prétentions. Le gouvernement leur donne raison, puisque Vodable, après d'autres, a été refusé à la Faculté de médecine et jouit paisiblement sous terre d'un repos bien gagné. Messieurs les assassins ont le temps, dans les cachots de la grande Roquette, de songer à la sensation désagréable, mais rapide, que leur fera subir le couperet de la guillotine, mais ils ne peuvent se faire à l'idée du bistouri. Deibler, soit, mais Laborde, jamais !

Notre collaborateur Corlieu a trouvé contre les prétentions des clients de M. de Paris un argument qu'il trouve décisif. Dans sa remarquable et précieuse *Histoire de l'ancienne Faculté de médecine*, il raconte (p. 26) les difficultés que les maîtres éprouvaient pour se procurer des cadavres et les dangers que couraient les étudiants pour les arracher au gibet. Plusieurs décrets ou ordonnances ont été rendus à ce sujet et le plus ancien est celui de 1551 qui n'a pas été abrogé et qui a encore force de loi. Ce décret ne peut, en effet, être abrogé que par une loi ; or les arrêts du parlement de 1630, 1632, 1633, 1672, 1683, n'ont fait que confirmer celui de 1551.

Nous reproduisons textuellement, d'après Corlieu, cet arrêt du parlement du 11 avril 1551 :

EXTRAIT DES REGISTRES DU PARLEMENT.

« Veu par la Cour la Requeste à elle présentée par les Doyens et Docteurs en la Faculté de médecine de cette ville de Paris, par laquelle, attendu que de tout temps et ancienneté la coûtume ait esté pour l'instruction des Etudians, tant en médecine que chirurgie, et pour utilité de la chose publique de faire anatomie et dissections aux Ecoles de médecine, de corps humains exécutez par Justice ; lesquels corps estoient baillez et délivrez à la requeste et sous le seing dudit Doyen de ladite Faculté, scellé du sceau d'icelle Faculté ; que

néantmoins aucuns particuliers abusans de ce que dit est, et sans en communiquer aux Doyens et Docteurs de ladite Faculté, s'efforçoient de prendre, et de fait prenoient et enlevoient souventes fois plusieurs corps par les mains des exécuteurs de la haute Justice et leurs valets, pour quelque argent qu'ils leur donnoient, et mesme sans l'aveu et congé du Lieutenant criminel, dont plusieurs inconvéniens et scandales avenoient; mesmement les jours derniers après avoir fait quelque dissection clandestine par aucuns inconnus, auroient apporté quelques pièces d'un corps d'un homme mort près des Ecoles de médecine par deux fois; ils requèrent défenses estres faites au Lieutenant criminel, ses Commis et Deputez et autres qu'il appartiendra; et ensemble aux Maistres Gouverneurs de l'Hôtel-Dieu, à l'exécuteur de la haute Justice, ses valets et commis de ne bailler et délivrer aucun corps sans la requeste desdits Doyens et Docteurs de ladite Faculté, signée et scellée comme dit est: Et pareillement défenses estre faites aux chirurgiens barbiers et autres Etudians, tant en médecine que chirurgie, de ne faire aucune anatomie et dissection, sinon en la présence d'un docteur en médecine, lequel interpréteroit et exposeroit ladite dissection et anatomie. Ouy sur ce le Procureur général du Roy qui auroit ce consenty et requis par manière de provision jusques à ce que par ladite Cour autrement fust ordonné. Tout considéré, LADITE COUR pour certaines causes et considérations à cela mouvant, a fait et fait inhibitions et défenses, tant audit Lieutenant criminel, Maistres et Gouverneurs dudit Hôtel-Dieu, Exécuteur de la haute Justice, ses valets et commis que autres personnes quelconques; et doresnavant bailler et délivrer aucuns corps morts pour faire anatomie et dissections sans la requeste présentée à cette fin par lesdits Doyens et Docteurs, et signée dudit Doyen de ladite Faculté: semblablement fait la Cour inhibitions et défenses auxdits cnirurgiens Barbiers et autres étudians, tant en médecine que chirurgie de faire aucune anatomie et dissection, sinon en la présence d'un docteur en médecine, lequel docteur en faisant interprêtera ladite dissection et anatomie en la manière accoutumée, le tout sur peine d'amende arbitraire à la discrétion de ladite Cour. Fait au Parlement le onzième jour d'avril mil cinq cent cinquante-un.

Signé : LE VOYER. »

Un avocat trouverait certainement à discuter en pareille matière. La justice ne peut délivrer de cadavres pour anatomie ou dissection que sur requête de la Faculté, mais elle peut ne pas les délivrer du tout et les faire enterrer. Malgré l'intéressante exhumation de notre collaborateur Corlieu, la question reste donc entière et c'est moins sur les textes de loi que sur les précédents et sur le bon sens que nous devons appuyer nos réclamations. A. CH.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Dans la séance de jeudi dernier, la Faculté a dressé les listes de présentation suivantes :

Pour la chaire de clinique chirurgicale, en 1re ligne, M. Le Dentu avec 22 voix contre 7 à M. Terrier et 1 bulletin blanc; en 2e ligne M. Terrier avec 22 voix contre 7 à M. Nicaise; en 3e ligne M. Nicaise.

Pour la chaire de médecine opératoire, en 1re ligne M. Tillaux, avec 29 voix; en 2e ligne M. Berger, avec 29 voix; en 3 ligne, M. Monod, avec 18 voix contre 12 à M. Terrillon.

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECIN DU BUREAU CENTRAL. — Les candidats dont les noms suivent ont été déclarés admissibles :

MM. Bourcy, Duplaix, Galliard, Gilles de la Tourette, Havage, Le Gendre, Mathieu, Robert, Richardière, Thibierge.

Etaient *ex æquo* par leur point avec les deux derniers admissibles :

MM. Duflocq, Gallois, Lermoyer, OEttinger, Widal.

Légion d'honneur. — Est nommé officier M. le Dr William Mac Cormac, médecin de l'hôpital français de Londres.

Distinctions universitaires. — OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. Est nommé M. le Dr Boudin, de Paris.

Mérite agricole. — M. Pallas, médecin à Sabres (Landes), connu par de remarquables travaux sur l'alios, vient d'être nommé chevalier du Mérite agricole.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES pendant le mois de juin 1890.

M. Conan. Contribution à l'étude des corps mobiles articulaires du genou. — M. Buisson. Etude sur les hydrocèles doubles. — M. Pierre. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du canal de l'urèthre. — M. Lenoir. Essai de parralèle entre la grippe et la dengue (contribution à l'étude de la récente épidémie d'influenza 1889-90). — M. Bitot. L'hystérie mâle dans le service de M. le Professeur Pitres à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. — M. Chabrely. Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la néphrite interstitielle séniles. — M. Audebert. De l'intervention de l'infection puerpérale post-abortive.

Ecole de santé de la marine. — Par une décision en date du 27 juin, le Ministre de la Marine a arrêté ainsi qu'il suit la composition du personnel enseignant et administratif de l'Ecole du Service de Santé de la Marine, créée par la loi du 10 avril 1890 dont le siège sera probablement établi à Bordeaux.

Directeur, M. le médecin en chef Brassac; sous-directeur, M. le médecin principal Cotte (de Cherbourg); répétiteurs, MM. les médecins en premier, Coquard (de Rochefort), Vergniaud (de Brest), Duval (de Rochefort); M. le pharmacien en premier Bourdon (de Brest); trésorier, M. le sous-commissaire Hudelot (de Noirmoutiers); économe, M. le sous-agent comptable Lapeyre, en service à Rochefort.

Ces officiers et agents prendront leurs nouvelles fonctions à compter du 1er octobre prochain.

L'Université de Poitiers. — Dans la séance du 19 juin, le Conseil municipal de Poitiers a voté à l'unanimité une proposition dont nous reproduisons ici les articles les plus importants.

« Considérant enfin que le Conseil municipal a voté, pour l'agrandissement et la restauration des bâtiments existants, une somme de 500,000 fr., et qu'il est disposé à faire tous les sacrifices nécessaires pour le maintien et le développement de ses Facultés ; que, d'ailleurs, les plans et devis des travaux à entreprendre sont terminés ;

« Par tous ces motifs, le Conseil émet le vœu que les établissements d'enseignement supérieur de Poitiers soient réunis sous la dénomination d'Université et obtiennent du gouvernement tous les droits et prérogatives attachés à ce titre ;

« Invite l'administration à réaliser au plus tôt, dans les conditions les plus favorables pour la ville, l'emprunt de 500,000 fr., voté par le Conseil municipal, et à s'entendre avec le Ministère de l'instruction publique, pour toutes les mesures qu'il conviendrait de prendre, afin de faire de Poitiers un grand centre universitaire. »

Le choléra. — Le président de la République française, sur le rapport du ministre de l'intérieur, vu la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire et notamment l'article 44, ainsi conçu : « Sera puni d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs quiconque, sans avoir commis aucun des délits qui viennent d'être spécifiés, aurait contrevenu, en matière sanitaire, aux règlements généraux ou locaux, aux ordres des autorités compétentes » ;

Vu les décrets des 18 et 28 juin 1890 relatifs aux déclarations auxquelles sont astreints les voyageurs venant d'Espagne et les personnes qui les reçoivent;

Vu l'avis du comité de direction des services de l'hygiène,

Décrète :

Article premier. — Tout maire auquel aura été fait la déclaration d'arrivée dans sa commune d'un voyageur venant d'Espagne devra faire visiter ce voyageur par un médecin désigné à cet effet, pendant un délai de cinq jours au minimum, à partir du jour de l'entrée de ce voyageur en France, En cas d'impossibilité, il devra en référer au préfet ou au sous-préfet par les voies les plus rapides.

Art. 2. — Toute personne venant d'Espagne est tenue de subir pendant cinq jours au moins, à partir de son entrée en France, la visite du médecin désigné à cet effet.

Celles qui viendraient à se rendre dans une nouvelle commune avant l'expiration de ce délai sont tenues de faire une déclaration conforme à celle prescrite par le décret du 18 juin.

Art. 3. — Toute personne venant d'Espagne et empêchée pour un motif quelconque de se rendre dans la commune désignée par elle aux autorités sanitaires à la frontière est tenue, dans les douze heures de son aarivée, de le déclarer au maire de la commune où elle s'arrête. Le maire fera procéder à la visite médicale prescrite par l'article 1er du présent décret.

Art. 2. — Les infractions aux dispositions qui précèdent seront poursuivies conformément à la loi du 3 mars 1822.

Art. 3. — Les autorités sanitaires, constituées en exécution de la loi du 3 mars 1822, antérieurement au présent décret, le gouverneur général de l'Algérie, les préfets, les maires, les commissaires spéciaux des chemins de fer, les commissaires de surveillance administrative, les agents des douanes et généralement tous les agents de la force publique, sont délégués, chacun dans les limites de sa circonscription, pour assurer l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 2 juillet 1890, CARNOT.

Pour le président de la République, *le ministre de l'Intérieur*, CONSTANS.

Le choléra. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi après midi. MM. les docteurs Charrin et Netter, que le ministre de l'intérieur a délégués à Cerbère et à Hendaye pour y installer des postes de surveillance sanitaire et qui font partie du comité consultatif, en qualité d'auditeurs, assistaient à la séance.

M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, a rendu compte au comité des mesures prises depuis sa dernière réunion pour s'opposer à l'entrée en France et en Algérie des germes du choléra. Le décret du 18 juin a été rendu exécutoire en Algérie par un décret du 1er juillet. Un décret du 2 juillet a rendu obligatoire la visite médicale aux personnes venant d'Espagne pendant les cinq jours qui suivent leur entrée en France. Il enjoint auxdites personnes, si elles changent de commune avant l'expiration de ce délai ou si elles s'arrêtent dans une commune autre que celle qu'elles ont désignée à la fontière, de faire, dans la commune où elles arrivent, la déclaration prescrite.

Une circulaire, en date du 2 juillet, a donné aux directeurs de la santé les instructions les plus minutieuses pour l'examen des voyageurs et la désinfection des objets dans les ports.

Des postes sanitaires ont été organisés aux points de pénétration de plusieurs routes de terre dans les Pyrénées, comme nous l'avons annoncé il y a huit jours.

Le préfet de police a organisé les visites médicales des voyageurs venant d'Espagne et le nombre de ces visites s'élève en ce moment à trois cents par jour.

Aucun cas de choléra n'a été jusqu'ici signalé en France, M. le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, a rendu compte de la situation en Espagne. Le choléra continue à se propager dans les villages de la province de Valence. Valence ne paraît pas atteint, non plus que Barcelone où l'on a à tort annoncé la présence du fléau.

MM. Charrin et Netter ont donné des détails très précis et très rassurants sur l'organisation des postes qui défendent les Pyrénées.

A moins d'événement imprévu, le comité consultatif d'hygiène publique ne se réunira pas avant le 21 juillet.

En ce moment le nombre des villages contaminés dans la province de Valence est au nombre de 26. Avant-hier, 39 cas nouveaux se sont produits et dix décès ont été constatés.

Les cas extraordinaires qui pourraient apporter les germes de l'épidémie en France ont été prévus, comme le montre bien le passage suivant, que nous détachons de la circulaire adressée par le ministre des travaux publics aux compagnies de chemins de fer :

« Aux termes du décret du 2 juillet courant, les personnes venant d'Espagne, au cas où elles seraient empêchées par un motif quelconque d'aller dans la commune désignée par elles à la frontière, sont tenues de notifier cet empêchement au maire de la commune où elles s'arrêtent, dans les vingt-quatre heures ; elles doivent, en vertu de ce dernier décret, recevoir, pendant cinq jours au moins, la visite d'un médecin délégué par l'administration.

« Or, il se peut qu'un voyageur venant d'Espagne soit pris d'indisposition pendant le trajet et contraint de s'arrêter dans une gare intermédiaire C'est alors surtout qu'une surveillance plus étroite s'impose dans l'intérêt de la santé publique et elle ne pourra s'exercer que si le maire de la commune sur laquelle se trouve la station intermédiaire est immédiatement prévenu.

« En conséquence et suivant le désir exprimé par M. le ministre de l'intérieur, les agents des compagnies qui seraient à même de constater la descente d'un voyageur avant son arrivée à la destination marquée sur son billet sont invités à interroger ce voyageur sur sa provenance. S'il venait d'Espagne, avertissement devrait en être immédiatement donné par le chef de gare ou son suppléant au maire de la commune, pour qu'il puisse faire procéder sans retard à la visite médicale prescrite. »

Une statue à Broca. — La ville de Sainte-Foy, qui possède une belle statue de Broca, n'a pu trouver les fonds nécessaires à son piédestal.

Une souscription est ouverte à la Faculté de médecine de Bordeaux pour contribuer dans une certaine mesure à aider la ville de Sainte-Foy à honorer la mémoire du professeur Broca qui, comme Gratiolet, est né dans cette ville.

Nécrologie. — Le Dr Chancerel, professeur à l'école de médecine de Caen et trésorier de l'association des médecins du Calvados, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, reçu en 1853, décédé le 15 juin. — Le Dr Paul Loye, maître de conférences à l'école des Hautes Études, professeur aux écoles municipales d'infirmières, décédé à l'âge de 29 ans. Notre confrère était préparateur du professeur Brouardel et parmi ses travaux scientifiques, nous citerons en particulier sa thèse sur la mort par décapitation. — Le Dr Milhet-Fontarabie, sénateur de la Réunion, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 62 ans. Né à Eymet (Dordogne), le Dr Milhet-Fontarabie était allé exercer à la Réunion aussitôt après sa réception au doctorat. — Le Dr Amagat, député du Cantal, agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé à l'âge de 43 ans. On écrit de Saint-Flour à la *Dépêche*, de Toulouse, et nous reproduisons cette rumeur sous réserve : Le bruit court, avec une persistance très vraisemblable, que la mort si imprévue du député de Saint-Flour, que l'on avait vu dans son jardin, samedi, à dix heures du matin, et que l'on trouvait mort à midi, ne serait pas précisément naturelle. M. Amagat aurait mis fin à ses jours dans un de ces accès d'hypocondrie qui lui étaient habituels. — Le Dr Saint-Yves, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de la maison nationale de Charenton, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à St-Maurice (Seine), le 12 juin, à l'âge de 86 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel du doctorat en médecine. Aide-Mémoire d'histologie, d'anatomie (ostéologie, splanchnologie, organes des sens) et d'embryologie pour la préparation du deuxième examen, par le professeur Paul Lefort. Un volume in-18, 276 pages, cart. : 3 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie à l'usage des praticiens et des étudiants, par le professeur Simon Duplay. In-18 de 192 pages, avec 44 figures dans le texte, 3 francs. — Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

La Folie à Paris. — Etude statistique clinique et médico-légale, par le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt, préface par J.-C. Barbier: Paris, 1890, un volume in-18 de 424 pages de la Bibliothèque scientifique contemporaine, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale par le professeur Kœnig, ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Comte avec une introduction de M. le docteur Terrillon. Tome III, 2e fascicule 1 vol. in-8° avec 37 figures intercalées dans le texte, 7 francs.

Prix de l'ouvrage complet 3 forts volumes in 8° avec 338 figures intercalées dans le texte 42 francs.

Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23 place de l'Ecole de Médecine.

Traitement local de l'endométrite chronique, par le Dr Dumontpallier, 2e note in-8°, 1 fr.

Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique directeur Jules Rochard. Tome II. 5e fascicule. Boissons, par M. Riche. Théorie de l'alimentation, par M. Gabriel Pouchet in-8°, 3 fr. 50.

Lecrosnier et Babé éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine.

Les médecins de Molière, par le Dr Léon Petit. Paris, 111, boulevard Saint-Germain, 1890.

Bulletin de la mortalité *du 29 juin au 5 juillet*. 1890. — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 2 — Rougeole, 65. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 10 — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses 36. et autres, 10.

Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 48. — Paralysie, 14. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 33.

Bronchite aiguë 12, chronique, 27. — Broncho-pneumonie 25 pneumonie, 26.

Gastro-entérite : Sein, 9 biberon 45

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 4.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 8. — Sénilité, 21. — Suicides 21. autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 167. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 903. — Résultat de la semaine précédente : 865.

PILULES ferrugineuses VIGIER. Malate de fer et quassia, 1 au repas

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.